

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA RODZINY DZIECKA CHOREGO NA CUKRZYCĘ TYPU 1

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF FUNCTIONING FAMILY SYSTEM OF A CHILD WITH DIABETES TYPE 1

Katedra Psychoterapii CM UJ

p.o. Kierownika katedry: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

Przedmiotem artykułu jest oparta na teorii stresu psychologicznego analiza wpływu cukrzycy typu 1 u dziecka na system rodzinny. Autorka uznając specyfikę choroby za stresor niejednorodny oraz chroniczny, przedstawia w oparciu o dostępną literaturę przedmiotu fazy funkcjonowania systemu rodzinnego od momentu diagnozy, poprzez leczenie, aż do uzyskania stanu równowagi. Akcentuje znaczenie pomocy terapeutycznej dla rodziny szczególnie w sytuacji, gdy choroba staje się stresorem tak silnie traumatycznym, że przekracza możliwości adaptacji systemu rodzinnego.

**diabetes type 1
family with a sick child**

Summary: The aim of the article is to present, on the basis of the available subject literature, the psychological aspects of a functioning family system of a child with diabetes type 1, on various stages of the development of family life. The analysis of the impact of diabetes on the family system has been based on the theory of stress – child diabetes has been defined as a family system stressor. However, taking into consideration the specific character and complexity of the disease, it cannot be classified to only one category of stressors. The diagnosis of the disease or of its complications, and the threat to life connected with it may be, in some circumstances, a traumatic stressor to the family system. The child's disease influences all family life events and, on the other hand, it evokes some of them (e. g. periodical hospitalisation). In this way it becomes a life event stressor. Everyday self-control of diabetic and all daily difficulties connected with it, make the disease a chronic stressor that can be defined as daily hassle.

Cukrzyca

Cukrzyca jest chorobą społeczną. W 2006 r. chorowało na nią 220 milionów osób na świecie. Prognoza WHO przewiduje, że w 2025 r. liczba osób z cukrzycą na wszystkich kontynentach osiągnie poziom 330 milionów. W Polsce na cukrzycę choruje ok. 5% populacji, czyli 2 miliony osób. Spośród chorych na cukrzycę, na typ 1 choruje 15–20% pacjentów [1].

Współczesna medycyna stara się coraz lepiej zrozumieć i opisać mechanizmy leżące u podłoża cukrzycy. Dzięki coraz bardziej zaawansowanym badaniom, zwłaszcza genetycznym, udało się odkryć i opisać poszczególne typy tej choroby. Mimo różnorodności typów cukrzycy, wszystkie one mają pewne wspólne cechy, które pozwoliły stworzyć definicję choroby. Cukrzyca jest chorobą ogólnoustrojową, charakteryzującą się zaburzeniami metabolizmu węglowodanów oraz tłuszczów i białek. Zaburzenia biologiczne występujące

w cukrzycy są wynikiem braku biologicznego działania insuliny [2]. Brak ten może być skutkiem zaburzeń działania insuliny bądź też zmian jej aktywności. Względny lub bezwzględny niedobór insuliny powoduje podwyższenie poziomu glukozy we krwi powyżej normy — hiperglikemię. Zaburzeniom tym towarzyszą często swoiste zmiany w układzie krążenia (mikro- i makroangiopatia) oraz zaburzenia neurologiczne (neuropatia obwodowa i autonomiczna), a także predyspozycja do swoistych zmian miażdżycowych. Cukrzyca nie jest chorobą jednolitą. Należą tu jednostki chorobowe, które łączy brak biologicznego działania insuliny, a dzieli je etiologia, patogeneza, epidemiologia oraz obraz kliniczny, leczenie, a także perspektywy leczenia [2]. Zaprezentowana definicja cukrzycy wskazuje nie tylko na jej różnorodność i złożoność mechanizmów leżących u jej podstaw, ale też na wiele konsekwencji wynikających z samej choroby.

Cukrzyca typu 1 powstaje w wyniku procesu autoimmunologicznego, skierowanego przeciwko komórkom β trzustki. Rozpoznanie następuje zazwyczaj w pierwszej dekadzie życia, towarzyszą mu najczęściej ostre objawy wynikające z odwodnienia i kwasicy ketonowej [3]. Jarosz-Chobot i Deja [4] podkreślają, że z chwilą rozpoznania cukrzycy typu 1 należy jak najszybciej rozpocząć leczenie insuliną i prowadzić je do końca życia. Od początku celem leczenia jest dążenie do uzyskania prawidłowych lub zbliżonych do prawidłowych wartości poziomu cukru we krwi (powinny się mieścić w granicach 90—140 mg/dl, czyli 5,0—7,8 mmol/l). Dobre wyrównanie cukrzycy można osiągnąć poprzez odpowiednie dawkowanie insuliny, które musi być dostosowane do posiłków (a ściślej do ilości zawartych w nich węglowodanów) i do aktywności fizycznej chorego (im większa aktywność, tym mniejsze zapotrzebowanie na insulinę) [1]. Powszechnie stosowany obecnie schemat podawania insuliny polega na wielokrotnych wstrzyknięciach w ciągu doby. Jest to tzw. intensywna insulinoterapia, w której krótko działającą insulinę, lub szybko działający analog insuliny, podaje się przed śniadaniem, obiadem i kolacją, lub przed każdym posiłkiem, a insulinę o pośrednim czasie działania, lub długo działający analog insuliny, przed snem (także zwykle rano). Oprócz wielokrotnych wstrzyknięć insuliny w ciągu doby, drugim sposobem realizacji intensywnej terapii w cukrzycy typu 1 jest ciągła podskórna infuzja insuliny za pomocą pompy insulinowej. Osobista pompa insulinowa jest urządzeniem, które służy wyłącznie do podawania insuliny podskórnie w sposób ciągły, nie dokonuje natomiast pomiarów poziomu cukru we krwi [1].

Odpowiednie prowadzenie intensywnej insulinoterapii wymaga przestrzegania wielu zasad umożliwiających kontrolę choroby. Każdego dnia konieczne jest dokonywanie wielokrotnych pomiarów poziomu glikemii, dostosowywanie dawek insuliny do czasu i rozkładu posiłków, z dokładnym uwzględnieniem spożywanych składników pokarmowych, ale także wysiłku fizycznego i wielu innych czynników, które mają pośredni lub bezpośredni wpływ na metabolizm glukozy. Szczególnie trzeba pamiętać o sytuacjach wymagających dodatkowej interwencji, takich jak współtowarzysząca choroba, stres, podróże itd. W przypadku dziecka w wieku szkolnym konieczne jest uwzględnienie w insulinoterapii planu zajęć — lekcji wychowania fizycznego (wysiłek fizyczny), egzaminów (stres), wycieczek szkolnych, dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, aby zminimalizować ryzyko dekompensacji choroby [1, 2, 4, 5].

Jedną z konsekwencji niedoskonałości metod substytucyjnego leczenia insuliną są powikłania ostre, zwane hipoglikemią — obniżenie się poziomu glikemii poniżej normy,

wynikające z bezwzględnego lub względnego nadmiaru insuliny egzogennej. Hipoglikemia powoduje, w zależności od stopnia jej nasilenia, wiele objawów, m.in. wzmożoną potliwość, przyspieszone bicie serca, drżenie kończyn, głód, zblednięcie twarzy, zaburzenia równowagi, ból i zawroty głowy, trudności w mówieniu, splątanie, zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia widzenia, zaburzenia zachowania i orientacji, niepokój, agresję, a w przypadku ciężkiej hipoglikemii znaczne zaburzenia świadomości, aż do zagrażającej życiu utraty przytomności. Stan lekkiego niedocukrzenia wymaga podania doustnie glukozy w łatwo przyswajalnej postaci (np. słodki napój). Starsze dzieci najczęściej rozpoznają objawy i są w stanie same prawidłowo zareagować, jednak w przypadku dzieci młodszych oraz nasilonej hipoglikemii konieczna jest pomoc innej osoby, która poda doustnie glukozę lub, w razie utraty przytomności, zapewni domięśniowe wstrzyknięcie glukagonu (poza szpitalem) lub dożylnie podanie glukozy (w warunkach szpitalnych). Szczególny problem stanowią hipoglikemie występujące w nocy, większość z nich zostaje bowiem przez chorych przeoczona. Niebezpieczne jest także występowanie stanów hipoglikemicznych u dzieci najmłodszych, u których następstwem mogą być trwałe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Aby temu zapobiec, rodzice decydują się często na kilkakrotne badanie poziomu glikemii choremu dziecku w nocy, zwłaszcza zaś nad ranem, kiedy incydenty hipoglikemii są najczęstsze, mimo że wydawałoby się, iż mechanizmy kontrregulacji powinny zapewnić w tym czasie utrzymanie prawidłowych poziomów glikemii [6].

Podstawowym warunkiem skutecznego prowadzenia intensywnej insulinoterapii u dziecka jest aktywna współpraca rodziny z zespołem leczącym, ale także z nauczycielami, wychowawcami i osobami, które na co dzień uczestniczą w wychowaniu dziecka. Wiąże się to często z różnymi trudnościami wymagającymi odpowiedniej wiedzy, komunikacji, organizacji czasu i zasobów finansowych.

Rodzina w ujęciu systemowym

Funkcjonowanie rodzin dzieci z cukrzycą jest zagadnieniem bardzo złożonym i wielopłaszczyznowym. Na jakość życia małych diabetyków i ich rodzin wpływa wiele czynników związanych z samą chorobą — i nie tylko [7]. Poziom edukacji rodziców, status ekonomiczny, jakość życia małżeńskiego, satysfakcja z pełnienia różnych ról społecznych, poziom inteligencji emocjonalnej członków rodziny, relacja rodziców z dzieckiem, wsparcie społeczne i wiele innych elementów składa się na sposób funkcjonowania systemu rodzinnego małego diabetyka. Dotychczasowy stan badań pozwala na wykazanie wielu zależności między cukrzycą dziecka a różnorodnymi zmiennymi psychologicznymi zarówno po stronie rodziców, jak i chorego dziecka oraz pozostałych podsystemów rodzinnych (rodzeństwo, dziadkowie) [7—11 i.in.].

Istnieje wiele teorii, w świetle których można analizować funkcjonowanie rodziny. Jedną z nich jest teoria systemowa, która rodzinę przedstawia jako system utworzony przez jej wszystkich członków. Jego jakość zależy nie tylko od stanu zdrowia poszczególnych członków, ale także od ich wzajemnych interakcji, zależności, układu podsystemów i wielu innych czynników. Małżeństwo i rodzina, w myśl teorii systemowej, jest systemem o określonej strukturze, złożonym z członków rodziny, związanych bezpośrednio interakcjami. Wskutek wynikających stąd wpływów i zależności, małżeństwo i rodzina nie jest sumą

poszczególnych osobowości, ale specyficzną, dynamiczną ich kompozycją, tworzącą odrębną całość [12, 13]. System rodzinny składa się z podsystemów. Ważnym elementem składowym struktury rodziny są granice, które są regułami określającymi sposoby postępowania poszczególnych osób wchodzących w skład danego podsystemu [13]. Zarówno w obszarach wyznaczanych przez poszczególne granice, jak i pomiędzy tymi obszarami zachodzi proces interakcji. Dotyczy on poszczególnych członków rodziny, podsystemów, które członkowie ci tworzą, oraz interakcji przekraczających granice zewnętrzne. W wyniku wymiany informacji z otoczeniem uruchamiają się różnorodne procesy transformacji. Rodzina zatem jest rzeczywistością relacyjną [12]. Wszystkie elementy, wraz ze swoimi atrybutami, oddziałują na siebie. Dynamikę życia rodzinnego kształtują naturalne procesy rozwojowe, opisywane jako cykle życia rodzinnego [14]. Zmiana w jednym z członków rodziny powoduje zmiany zachodzące w całym systemie rodzinnym. Zmiany są źródłem problemów, ale także rodzą potrzeby. Za zmianę można uznać zarówno zdarzenie wynikające z naturalnego procesu rozwoju rodziny na poszczególnych jego etapach, np. narodziny, śmierć, małżeństwo, dzieci, jak i wszelkie inne procesy, którym podlegają poszczególni członkowie rodziny, podsystemy i relacje, jakie tworzą [12, 13]. Jednym z czynników niewątpliwie wpływających na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego jest choroba [15] zwłaszcza choroba dziecka [16, 17].

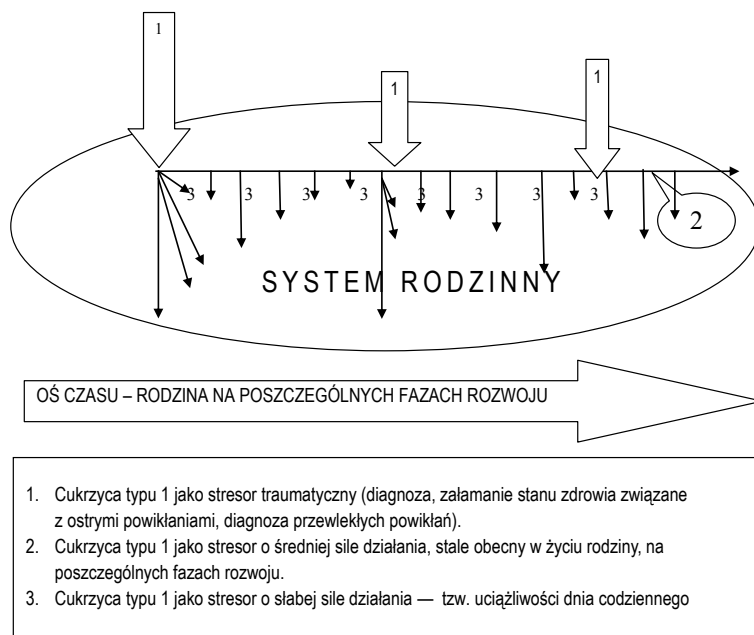
Stresory w systemie rodzinnym

Od dawna znane są wzajemne związki między wydarzeniami stresowymi a chorobą somatyczną. Z jednej strony, wydarzenia takie bywają przyczyną chorób, a z drugiej — choroba i jej konsekwencje stanowią źródło stresu psychologicznego. Decyduje to o wyjątkowym znaczeniu problematyki stresu w psychologii zdrowia [18]. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji pojęć zdrowia i choroby. W potocznej świadomości zdrowie rozumiane jest jako brak choroby, bólu, cierpienia. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie utożsamiane jest z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym. Zdaniem niektórych badaczy zdrowie określane może być w kategoriach rozwojowo-funkcjonalnych: ma status dyspozycji umożliwiającej adaptacyjne funkcjonowanie w określonym kontekście środowiskowym. Z jednej strony, jest zasobem warunkującym wszechstronny rozwój człowieka, z drugiej — umożliwia stawianie czoła aktualnym wymaganiom [18]; choroba zaś ogranicza zasoby i potencjał rozwojowy jednostki [19]. Zdrowie to wartość pozytywna, do której człowiek dąży, choroba to wartość negatywna, której człowiek unika. W koncepcji tej zdrowie i choroba są umieszczone na wspólnym kontinuum. Rewolucyjność podejścia Antonovsky'ego [20] polega natomiast na zastosowaniu perspektywy salutogenetycznej, czyli zorientowanej na zdrowie. W tej perspektywie zdrowie to kraniec kontinuum, którego drugim krańcem jest choroba. Nie wprowadza się tutaj wyraźnego rozgraniczenia między zdrowiem a chorobą, a miejsce jednostki na kontinuum zdrowie — choroba zmienia się, rzadko osiągając pozycje krańcowe. Zdrowie w tym ujęciu nie jest ani stanem, ani stałym zasobem, lecz procesem przemieszczania się na kontinuum [18].

W koncepcji Lazarusa i Folkmanna [21], najczęściej chyba cytowanej w literaturze, stresem jest określona relacja (realtionship) między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca dobrostano-

wi. Relacja stresowa może być ujmowana w ocenie pierwotnej jako: (1) krzywda /strata (harm, loss), (2) zagrożenie (threat), (3) wyzwanie (challenge). Z tej perspektywy choroba może stanowić źródło stresu zarówno dla jednostki, jak i dla całego systemu rodzinnego. Czynniki powodujące stres nazywane są stresorami. Są one bardzo różnorodne i mogą być charakteryzowane z różnych punktów widzenia [18]. Stresorem rodzinnym jest wydarzenie lub przemiana życiowa wpływająca na życie rodziny tak, że może spowodować określoną zmianę w jej psychospołecznym systemie, np. w pełnionych rolach, granicach, wzorach interakcji, celach, wartościach [16]. Kryzys rodzinny odnosi się do wielkości dezorganizacji lub niekompetencji istniejącej w rodzinie, której zasoby sił i środków są nieadekwatne do wymagań sytuacji stresowej [15].

Cukrzyca typu 1 u dziecka niewątpliwie jest stresorem dla systemu rodzinnego. Ze względu na jej specyfikę i złożoność, trudno ją zakwalifikować do jednej tylko kategorii stresorów. Zazwyczaj wyróżnia się, ze względu na siłę, trzy klasy stresorów: stresory traumatyczne, o największej sile działania, stresory o średniej sile działania związane ze zmianami życiowymi i koniecznością przystosowania się do nich, oraz tzw. uciążliwości dnia codziennego, zaliczane do stresorów najsłabszych [22]. Cukrzyca typu 1 u dziecka, w poszczególnych fazach rozwoju życia rodziny, wykazuje cechy każdego z tych stresorów. Jest ona stresorem zarówno w ujęciu linearnym, obejmującym funkcjonowanie systemu rodzinnego w poszczególnych fazach rozwoju z różnym nasileniem, jak i niejednokrotnie stresorem traumatycznym, związanym zarówno z momentem diagnozy, jak i późniejszymi, przełomowymi momentami w leczeniu (niedocukrzenie z utratą przytomności, ostra kwasica ketonowa, zdiagnozowanie przewlekłych powikłań cukrzycy) (rys. 1).



Rys. 1. Cukrzyca typu 1 jako stresor niejednorodny w systemie rodzinnym

Cukrzyca typu 1 jako stresor traumatyczny dla systemu rodzinnego

Wystąpienie objawów i rozpoznanie choroby jest bardzo stresującym wydarzeniem dla pacjenta i jego rodziny. Siła stresora, jakim jest diagnoza choroby u dziecka, zależy od wielu czynników, takich jak wcześniejszy kontakt rodziny z chorobą, wiedza na jej temat, sposób przekazania wiadomości o chorobie przez personel medyczny i okoliczności towarzyszące tej informacji, stan, w jakim jest dziecko w momencie zdiagnozowania, oraz ogólne zdrowie rodziny w chwili postawienia diagnozy, z uwzględnieniem nie tylko stanu fizycznego jej poszczególnych członków, ale też szerszego kontekstu czynników wpływających na funkcjonowanie systemu rodzinnego jako całości [23]. Mimo że diagnoza jest stresorem dla systemu rodzinnego, nie zawsze może być nazwana stresorem traumatycznym, jednak, gdy dziecko trafi na oddział w stanie śpiączki, będąc na granicy zagrożenia życia, jest takim stresorem zarówno dla samego dziecka, jak i dla całej jego rodziny [24]. Dla znaczącej większości rodziców wiadomość, że dziecko jest chore na cukrzycę, jest ogromnym szokiem, katastrofą, rozczarowaniem, któremu towarzyszy świadomość bezpowrotnej utraty zdrowia dziecka, nadziei i wyobrażeń związanych z jego przyszłością [8]. Badanie dotyczące stresu rodziców wywołanego cukrzycą przeprowadzili Kovacs i Pollocks [25], koncentrując się na trzech zagadnieniach: reakcji rodziców bezpośrednio po postawieniu diagnozy u ich dzieci, dynamice rozwoju tych reakcji w pierwszym roku trwania choroby, wpływie cukrzycy na inne aspekty życia rodziców. Tuż po diagnozie rodzice przechodzą przez poszczególne fazy [26], które w literaturze przedmiotu opisuje się następująco: 1 — faza szoku, 2 — faza depresji, 3 — faza pozornego przystosowania się, 4 — faza konstruktywnego przystosowania się.

Nieco inaczej wygląda sytuacja w przypadku dzieci starszych i adolescentów. Przechodzą oni przez fazy podobne do tych, jakie przechodzą rodzice, dodatkowo jednak muszą zmierzyć się z faktem, że to oni — a nie ktoś obok — będą już chorzy do końca życia, że zmiana jakości życia najbardziej dotyczy ich samych, i że najbliższe im osoby, mimo szczerych chęci, nie są w stanie ich „uwolnić” od „wyroku choroby”. Po początkowym szoku, buncie, zaprzeczaniu, niedowierzaniu postawionej diagnozie, rozpacz i etapie obwiniania najbliższych i otoczenie za zaistniałą chorobę, młody człowiek zaczyna nabierać krytycyzmu i dystansu do przekazywanych informacji. Po pewnym czasie zaczyna akceptować chorobę i jej leczenie. Przechodzenie z jednej fazy do drugiej wymaga czasu i zależy jest od indywidualnych cech osobowości, dotychczasowego wzoru adaptacji, sposobu pokonywania i rozwiązywania trudności, ale także w dużej mierze od czynników rodzinnych [8]. Im większa zdolność rodziny do powrotu do równowagi po działaniu stresora traumatycznego i im lepsza jej zdolność adaptacji do choroby dziecka, tym szybciej mały pacjent przechodzi przez poszczególne fazy i odzyskuje stan równowagi.

Poradzenie sobie ze stresem traumatycznym polega na przystosowaniu się do nowej sytuacji całej rodziny, opanowaniu wiedzy dotyczącej leczenia, wzajemnym wsparciu. Definiując cukrzycę typu 1 u dziecka jako stresor traumatyczny należy także uwzględnić sytuacje zagrożenia życia związane ze stanami ciężkiej hipoglikemii czy też ostrego załamania homeostazy organizmu w sytuacji ostrych powikłań związanych z hiperglikemią na różnych etapach leczenia cukrzycy. Nie można wykluczyć, iż w indywidualnych sytuacjach straty psychiczne, zarówno po stronie dziecka, jak i członków rodziny (rodziców,

rodzeństwa), mogą przewyższać powikłania fizjologiczne wynikające z ostrych powikłań cukrzycy u małego pacjenta (np. lęk przed podejmowaniem wysiłku fizycznego jako efekt doświadczenia wcześniej ciężkiej hipoglikemii podczas nadmiernego wysiłku czy lęk przed jedzeniem, wynikający z doświadczenia ostrej kwasicy ketonowej). Stresorem traumatycznym dla systemu rodzinnego może być także diagnoza dotycząca pojawiania się późnych, przewlekłych powikłań cukrzycy, zagrażających dobrostanowi pacjenta, ograniczających jego funkcjonowanie i wymagających od pozostałych członków rodziny ponownego przystosowania się do nowej sytuacji (rys. 1).

Cukrzyca typu 1 jako stresor o średniej sile działania

Specyfika stresorów o średniej sile działania polega na tym, iż związane są one ze zmianą życiową, wymagającą mobilizacji zasobów w celu przystosowania się systemu rodzinnego do nowej sytuacji. Stresorem o średniej sile działania mogą być zarówno wydarzenia pozytywne, jak i negatywne, zawsze stanowią one jednak swoiste obciążenie dla systemu rodzinnego, z którym musi sobie on poradzić. Cukrzyca jako choroba przewlekła jest — na tle poszczególnych faz rozwoju rodziny — źródłem wielu sytuacji, które można określić mianem wydarzeń życiowych zaliczanych do kategorii stresorów o średniej sile działania. Z drugiej zaś strony, nie pozostaje ona bez wpływu na wydarzenia życiowe nierozłącznie związane z naturalnymi kolejami losu, takimi jak śmierć któregoś z członków rodziny, zmiana miejsca zamieszkania, wybór szkoły ponadpodstawowej itd. Cukrzyca stoi niejako w tle tych wszystkich wydarzeń, jest elementem stale obecnym i dodatkowym obciążeniem, które należy uwzględnić w każdej sytuacji życiowej [24].

System rodzinny odgrywa kluczową rolę w przystosowaniu dzieci do życia z cukrzycą. Jej wpływ na funkcjonowanie rodziny jako całości zależy od percepcji choroby przez dzieci i ich rodzinę oraz wiedzy o samokontroli. W przypadku cukrzycy podłożem etiopatologicznym są procesy biochemiczne w bardzo dużym stopniu poznane przez medycynę. Jednocześnie badania wskazują, że w rodzinach o wysokim wskaźniku stresu lub dużym wskaźniku hierarchiczności, stężenie hemoglobiny glikowanej u dzieci chorujących na cukrzycę jest wyższe, co może świadczyć o gorszym metabolicznym wyrównaniu [23]. Specyficzna sytuacja rodziny może nasilać objawy cukrzycy, jednak specyfika choroby może także wpływać na wyzwalanie patologii w rodzinie. Ponadto w niektórych rodzinach, zwłaszcza o niskich dochodach, ograniczony dostęp do świadczeń służby zdrowia i wysokie koszty leczenia mogą wpływać negatywnie na przebieg kontroli cukrzycy i stabilność rodziny [23].

Bardzo ważnym zadaniem rozwojowym w pierwszych 3 latach życia dziecka jest stopniowy wzrost zdolności przeżywania nieobecności matki bez poczucia lęku i braku bezpieczeństwa. Początek cukrzycy wymaga hospitalizacji i oddzielenia dziecka od rodziców. Nagłe przeniesienie z domu do szpitala zaburza u małego pacjenta poczucie bezpieczeństwa i ufności do otaczającego świata. Szpitalna procedura leczenia naraża nie mówiące jeszcze dziecko na ból, kontakt z obcymi ludźmi, nieznane nowe bodźce; wywołuje uczucie nieszczęścia, wzmacnia lęk. We wczesnym dzieciństwie dziecko musi nauczyć się chodzić, mówić, bawić. Choroba na tym etapie może zakłócać jego zdolność do eksploracji i ograniczać ekspresję. Może także mieć szkodliwy wpływ na późniejszy

intelektualny rozwój, chociaż większość badaczy twierdzi, że dzieci chore na cukrzycę nie różnią się intelektualnie od swoich rówieśników [8].

Rozwój świadomości następuje między 4. a 5. r.ż.; od tego wieku dziecko rozumie sens swoich zachowań i może interpretować chorobę i jej ograniczenia jako karę za złe zachowanie. Wiele dzieci uważa, że zachorowało na cukrzycę, bo jadło zbyt wiele słodczy. Cukrzyca w tym wieku wpływa na ograniczenie kontaktów z rówieśnikami, uniemożliwia korzystanie ze żłobka, przedszkola, dezorganizując często pracę zawodową rodziców [8]. Obecność dziecka chorego wpływa także na podsystem rodzeństwa i dziadków, a także inne podsystemy w rodzinie. Dziecko jest jeszcze zbyt małe, by samodzielnie sprawować kontrolę nad dietą, pomiarami cukru, podawaniem insuliny, z drugiej jednak strony zaczyna mieć świadomość, że w jakiś sposób jest inne od swojego rodzeństwa i rówieśników.

Okres szkolny stanowi dla dziecka i jego rodziny pomost pomiędzy dzieciństwem a adolescencją [27]. Stosunki w grupie rówieśniczej zależą w tym okresie od wykazywania się sukcesami w zabawie, w nauce i w innych sferach funkcjonowania społecznego. Sprostanie wymaganiom stawianym przez szkołę oraz dostosowanie się do sytuacji poza domem rodzinnym wymaga od dziecka nabycia odpowiedniego poziomu umiejętności potrzebnych do podejmowania różnorodnych zadań: poznawczych, komunikacyjnych, ruchowych czy związanych z emocjonalną samokontrolą [27]. Początek choroby w tym okresie może zakłócić rozwój i negatywnie wpłynąć na samoocenę, wywołując poczucie niższości, bezwartościowości związanej z „defektem” ciała. Świadomość wady ciała może się uogólnić i być przyczyną zwątpienia w atrakcyjność fizyczną, inteligencję i akceptację społeczną. Na tym etapie, kiedy akceptacja i pochwała ze strony rodziców i rówieśników są konieczne do wzmacniania poczucia własnej wartości, dziecko musi zmierzyć się z faktem, że otoczenie spostrzega je jako „inne” i fizycznie niedoskonałe, chore. Chociaż choroba jest niezauważalna dla obserwatorów, konieczność stałej samokontroli łatwo izoluje dziecko od rówieśników i nie jest możliwa do „ukrycia” [8]. Niepowodzenia w utrzymaniu odpowiedniego poziomu kontroli glikemii mogą prowadzić do poczucia utraty wewnętrznej kontroli, co z kolei przeistoczyć się może w wyuczoną bezradność i przenosić na inne pozachorobowe obszary życia [28–30]. Świadomość odmienności może powstrzymywać dziecko od zaangażowania się w ściślejsze związki z rówieśnikami, oparte na wzajemności i poczuciu identyczności. Rodzice stają przed dylematem — czy zachęcać dziecko do pełnego uczestnictwa w życiu rówieśników, czy też przyjąć postawę ochronną, ograniczając ryzyko destabilizacji choroby do minimum. Ich poczucie bezsilności w chwilach porażki w kontroli glukozy wywołuje często poczucie winy, które może pośrednio utrudniać proces usamodzielniania się dziecka, z powodu nadmiernych obaw rodziców dotyczących jego przyszłości [11]. Rodzeństwo chorego dziecka czuje niejednokrotnie, że jest wychowywane na innych prawach — albo ma poczucie, że rodzice poświęcają mu mniej uwagi i obarczają je większą odpowiedzialnością i większą liczbą obowiązków, albo też, w zależności od postawy rodziców, ma większą swobodę rozwoju, bez ciągłego nadzoru. W obu przypadkach dziecko z cukrzycą dostrzega różnicę w traktowaniu rodzeństwa, co nasila w nim poczucie inności i zwiększa poziom negatywnych emocji związanych z chorobą.

W sferze rozwoju poznawczego w tym okresie następuje przejście dziecka od egocentryzmu do zdolności widzenia świata z szerszej perspektywy. Jednakże cukrzyca zmusza do większego skupienia się na sobie, do samoobserwacji, koncentracji na zmieniających

się stanach fizjologicznych — umiejętności ich rozpoznawania w celu zapobiegania hipoglikemii. Zanim chory i rodzina nauczą się „obsługi cukrzycy”, muszą zmierzyć się z częstym poczuciem zakłopotania, bezradności, beznadziei, lęku. Nieco inaczej przebiega przystosowanie rodziny w tej fazie rozwoju, jeżeli dziecko chorowało na cukrzycę już wcześniej. Wówczas problemy związane z chorobą są niejako wpisane w rozwój dziecka, jednak nie pozostają bez wpływu na sposób przystosowania się rodziny. Jej członkowie muszą stopniowo pomagać dziecku w przejmowaniu kontroli nad chorobą w taki sposób, by mogło ono samodzielnie uczestniczyć w życiu szkolnym [5].

Okres adolescencji jest czasem intensywnych przemian, którym podlega większość procesów rozwoju, zarówno biologicznych, jak psychologicznych i społecznych. Fizjologiczne dojrzewanie organizmu pociąga za sobą zmiany w obrazie własnej osoby oraz w spostrzeganiu dorastającego przez otoczenie [31]. Szczególnie istotne zmiany dotyczą czynności poznawczych; zgodnie z koncepcją Piageta, dorastający przechodzi ze stadium operacji konkretnych do stadium operacji formalnych, charakteryzujących się rozwojem logicznego i abstrakcyjnego myślenia. W kontekście systemu rodzinnego jest to również okres intensywnych zmian. Pojawiają się konflikty zarówno w podsystemie rodzice — dzieci, jak innych podsystemach, które tworzy dorastający człowiek [31]. Na tym etapie młodzież opisuje i wyjaśnia chorobę jako zakłócenie fizjologicznego funkcjonowania narządów wewnętrznych. Ma również świadomość, że może przyczyniać się do osiągnięcia zdrowia lub rozwoju choroby. W tym wieku młody człowiek postrzega swoją chorobę jako niewielkie zło lub też koszmar, stres, więzienie, śmierć, piekło [32]. Często uważa, że cukrzyca ogranicza wolność, niezależność, perspektywę życia. Intensywny wzrost, dojrzewanie płciowe wymaga zmian w spostrzeganiu, zaakceptowaniu przemiany fizycznej. Opóźnione dojrzewanie spowodowane złą kontrolą cukrzycy może doprowadzić do kompleksu niższości lub wzmocnić już istniejące poczucie bycia osobą z defektem. Młodzież walczy o niezależność, większą wiarę w siebie, akceptację rówieśników, lecz cukrzyca w znacznym stopniu te starania ogranicza. Kontrola rodziców i ich obawy o zdrowie hamują proces indywiduacji i separacji. Rygory leczenia i narzucane obowiązki młodzież traktuje jako przymus, któremu należy się przeciwstawić [8]. Młodzi chorzy często zaniedbują czynności lecznicze na korzyść przyjemności uczestnictwa w zabawach, dyskotekach, kontaktach z rówieśnikami. Zmiany w leczeniu dokonywane przez młodocianych odzwierciedlają skłonność do eksperymentowania, do uzyskiwania niezależności koniecznej do określenia własnej tożsamości. Osiągnięcie niezależności, dojrzałości emocjonalnej i seksualnej może być zakłócone przez chorobę, która wywołuje obawę przed odrzuceniem, utrudnia nawiązywanie bliskich kontaktów z płcią przeciwną i wchodzenie w bliskie związki uczuciowe. Kryzys, jakim jest dla systemu rodzinnego etap buntu młodzieńczego nastolatka, zostaje pogłębiony przez towarzyszący temu procesowi bunt przeciw chorobie. Niezależnie od wieku, w jakim dziecko zachorowało, musi ono zmierzyć się na etapie kształtowania tożsamości z koniecznością zaakceptowania choroby jako części owej tożsamości, a status „osoby chorej” inkorporowany musi zostać w strukturę „ja” młodego chorego. Członkowie rodziny często nie wiedzą, w jaki sposób przystosować się do tego wydarzenia życiowego — czy traktować młodą osobę z cukrzycą jako „zwykłego nastolatka” i pozwolić mu na przejście przez okres buntu przeciw chorobie, czy też nasilić zabiegi opiekuńcze, mające na celu „zmuszenie” dziecka do prowadzenia ścisłej

samokontroli, mimo chęci wyzwolenia się od cukrzycy, odrzucenia jej. Od jakości systemu rodzinnego zależy w dużej mierze, czy młody człowiek z cukrzycą pomyślnie przejdzie przez ericksonowy kryzys tożsamości, czy też na tym etapie rozwoju obciążenie cukrzycą okaże się przerastać możliwości radzenia sobie z nią i doprowadzi do poważnych zaburzeń w kształtowaniu się jego tożsamości, odbijających się na późniejszym funkcjonowaniu (pomieszanie tożsamości).

Coraz częściej u młodych diabetyków, zwłaszcza dziewcząt, pojawiają się współtowarzyszące cukrzycy zaburzenia przyjmowania pokarmów — jadłowstręt psychiczny, bulimia, kompulsywne objadanie się. Występowanie tych zespołów u chorych na cukrzycę pociąga za sobą wiele problemów niespotykanych u pacjentów bez cukrzycy, gdyż mają oni dodatkowe możliwości wpływu na stan swojego zdrowia, np. poprzez manipulowanie dawkami insuliny. Rozpoznanie zaburzeń odżywiania się, łatwe stosunkowo u niechorujących na cukrzycę, u diabetyków może być trudne. Celowe pogarszanie kontroli glikemii manifestuje się nawracającymi epizodami kwasicy ketonowej, jako rezultat opuszczania iniekcji insuliny, czy nawracającymi hipoglikemiami, jako rezultat restrykcji dietetycznych. Prowadzić to może do tzw. brittle diabetes — szczególnej chwiejności cukrzycy, specyficznej dla młodych pacjentek z zaburzeniami odżywiania się [33, 34].

Na etapie separacji następuje usamodzielnianie się młodego człowieka. Pragnie on — tak jak jego rówieśnicy — założyć własną rodzinę, podjąć ważne decyzje co do wyboru drogi życiowej, miejsca zamieszkania itd. Jest to ważne i niełatwe wydarzenie życiowe w rozwoju rodziny, wymaga przeorganizowania, wypracowania nowych zasad, dookreślenia ról rodzinnych pełnionych przez poszczególnych jej członków. Dla rodziców dziecka z cukrzycą, którzy do tej pory sprawowali przez wiele lat kontrolę nad jego chorobą, może to stanowić źródło ambiwalentnych emocji. Z jednej strony, radość z faktu usamodzielnienia się chorego dziecka, z drugiej — obawa, czy poradzi sobie ono samodzielnie, czy będzie w stanie funkcjonować w świecie dorosłych z obciążeniem, jakim jest cukrzyca. Nie są to obawy bezpodstawne — choroba nie jest bez wpływu na jakość funkcjonowania w życiu zawodowym i rodzinnym. Dla kobiet stanowi dodatkowe obciążenie i zagrożenie w okresie ciąży i opieki nad własnym dzieckiem [1].

Istnieje wiele różnorodnych wydarzeń życiowych, z którymi rodzina musi zmierzyć się na poszczególnych etapach rozwoju. Zdolność radzenia sobie ze stresorami zależy od wielu czynników, z których najważniejsze to: jakość granic pomiędzy systemem rodzinnym a innymi systemami, a także pomiędzy subsystemami istniejącymi w rodzinie, reguły komunikacji panujące w rodzinie, poziom spójności i adaptacyjności rodziny. W przypadku rodzin z dzieckiem chorym na cukrzycę dodatkowym czynnikiem wpływającym na poziom radzenia sobie ze stresem — całego systemu rodzinnego i poszczególnych jego członków — jest niewątpliwie poziom radzenia sobie z chorobą dziecka, zdolność do rozmowy na temat choroby, umiejętność określenia reguł związanych z leczeniem na poszczególnych etapach rozwoju rodziny, podział obowiązków związanych z opieką nad dzieckiem, a także akceptacja choroby i postawa wobec niej, zarówno dziecka, jak i wszystkich członków rodziny oraz innych systemów. Pozytywne, realistyczne i czynne nastawienie do cukrzycy sprawia, że rodzina chorego dziecka może przejść pomyślnie przez wydarzenia życiowe będące źródłem stresu dla systemu rodzinnego i przystosować się zarówno do różnorodnych sytuacji, jak i do samej choroby dziecka [35].

Cukrzyca typu 1 jako stresor o słabej sile działania — uciążliwość dnia codziennego

Rodzina z dzieckiem chorym na cukrzycę, oprócz typowych drobnych uciążliwości, zmagać się musi przez cały czas z codziennymi obciążeniami wynikającymi z choroby dziecka. Właściwa kontrola poziomu cukru we krwi wymaga stałej mobilizacji zasobów całego systemu rodzinnego. Istota choroby wpływa na psychologiczny stan pacjenta, stając się stresem zintegrowanym z jego codzienną aktywnością. Można tu mówić o swoistym sprzężeniu zwrotnym — codzienne drobne stresy wpływają na przebieg reakcji fizjologicznych, a tym samym na poziom cukru we krwi, z drugiej zaś strony czynności związane z kontrolą cukrzycy są nieustanną, dodatkową uciążliwością, obciążającą chore dziecko i całą rodzinę [24]. Każdego dnia niezbędne jest wykonanie przynajmniej kilku pomiarów glikemii, podanie odpowiedniej dawki insuliny, odpowiednie przygotowanie do wysiłku fizycznego. Wyjazdy na wycieczki szkolne, udział w akademiach, konkursach, zawodach sportowych, popołudniowe zajęcia dodatkowe, uroczystości rodzinne, choroba któregoś z członków rodziny — wszystko to wymaga uwzględnienia obecności choroby u dziecka [5].

Jeżeli sytuacja finansowa rodziny jest wystarczająco dobra, a dostęp do lekarza specjalisty nie jest utrudniony, uciążliwości wynikające z cukrzycy są nieco mniejsze i sprowadzają się głównie do dobrej organizacji, podziału obowiązków i rozsądnej dystrybucji środków finansowych. Znacznie trudniej bywa jednak w rodzinach niepełnych, o niskim statusie materialnym, w rodzinach, w których oprócz dziecka chorują także inni członkowie lub dziecko z cukrzycą obciążone jest dodatkową chorobą czy niepełnosprawnością albo upośledzeniem umysłowym [23].

Stale obecnym obciążeniem wynikającym z cukrzycy jest również lęk przed mogącym pojawić się w każdej chwili niedocukrzeniem, a także świadomość możliwości pojawienia się powikłań. Lękowi temu towarzyszy często poczucie winy i ogromnej odpowiedzialności za dziecko, co wynika z faktu, iż jego stan zdrowia w dużej mierze zależy od jakości kontroli nad chorobą, sprawowanej przez rodzinę i samego pacjenta, a każdy błąd lub odstępstwo od reguł leczenia pociąga za sobą świadomość „zawinionego” szkodenia organizmowi dziecka. Rodzina znajduje się pod stałym napięciem, wynikającym z konieczności podporządkowania życia regułom narzuconym przez cukrzycę [9].

Cukrzyca u dziecka niewątpliwie wpływa na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, czyniąc go pod pewnymi względami innym, różnym od systemu rodzinnego, w którym nie występuje przewlekła choroba. Owa inność nie musi oznaczać jednak gorszej jakości. Rodzice dziecka chorego stają przed wyzwaniem, które postrzegane jako trudności mogą także dać impuls do rozwoju zarówno każdego z małżonków z osobna, jak i diady małżeńskiej, a co za tym idzie — całej rodziny chorego dziecka. Cukrzyca wpływa także na pozostałe podsystemy — zarówno rodzeństwo, jak i dziadków małego diabetyka, a także członków systemu szkolnego (rówieśnicy, nauczyciele) i innych systemów, z którymi kontaktuje się system rodzinny chorego dziecka. Szabała [7] podkreśla fakt, iż w literaturze przedmiotu sporo uwagi poświęca się relacjom między dziećmi z cukrzycą typu 1 a zdrowym rodzeństwem. Jej zdaniem cukrzyca dziecka może towarzyszyć zarówno pozytywnym (wzrost wiedzy medycznej, większe współczucie, zrozumienie innych, wzrost odpowiedzialności), jak i negatywnym zmianom u zdrowego rodzeństwa (złość na chorego,

zazdrość o uwagę rodziców, wstyd, poczucie winy, wzrost drażliwości). Rodzeństwo może być dotknięte chorobą małego diabetyka w różny sposób [31], jednak, przy odpowiedniej edukacji i wsparciu całego systemu rodzinnego, można nie tylko zminimalizować negatywne oddziaływanie choroby, lecz także wypracować skuteczny system współpracy, nie obciążając zdrowych dzieci w rodzinie nadmierną odpowiedzialnością za chorego.

Psychologiczne aspekty życia rodziny z dzieckiem chorym na cukrzycę typu 1 są bardzo ważnym zagadnieniem, którego właściwe zrozumienie może pomóc w dostosowaniu się do życia z chorobą. Odpowiednia pomoc psychologa oraz właściwe podejście otoczenia może sprawić, że cukrzyca typu 1 u dziecka, będąca stresorem wpływającym na funkcjonowanie systemu rodzinnego, nie przeszkodzi w tym, by system ten funkcjonował prawidłowo. Wręcz przeciwnie — sprawi, że rodzina zintegruje się i znajdzie siłę do walki o wspólny cel, jakim jest zdrowie małego diabetyka. Nie bez znaczenia jest odpowiednie postępowanie psychoterapeutyczne wobec poszczególnych członków rodziny i całego systemu rodzinnego w sytuacji, gdy stresory indukowane chorobą, koniecznością przystosowania się do związanych z nią wymogów i ograniczeń, czy też pojawiających się ostrych lub przewlekłych powikłań, przerastają możliwości poradzenia sobie z nimi.

Piśmiennictwo

1. Tatoń J, Czech A, Bernas M. Diabetologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
2. Otto-Buczkowska E. Cukrzyca wieku rozwojowego. Wrocław: Urban & Partner; 1999.
3. Małecki M, Skupień J. Problemy diagnostyki różnicowej typów cukrzycy. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*. 2008; 118, 7–8: 435–430.
4. Jarosz-Chobot P, Deja G. Leczenie cukrzycy typu 1. W: Otto-Buczkowska E, red. Cukrzyca typu 1. Warszawa: Cornetis; 1999, s. 93–129.
5. Osza U. Dziecko z cukrzycą w klasie szkolnej. *Remedium*; 2004, 1: 10–11.
6. Mianowska E. Hipoglikemia w przebiegu cukrzycy. W: Otto-Buczkowska E, red. Cukrzyca typu 1. Warszawa: Cornetis; 1999, s. 209–219.
7. Szabała B. Rodzina dziecka z cukrzycą. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2009.
8. Smockiewicz R. Psychologiczne aspekty cukrzycy u dzieci i młodzieży. W: Otto-Buczkowska E, red. Cukrzyca wieku rozwojowego. Wrocław: Urban & Partner; 1999, s. 247–250.
9. Dyduch E. Funkcjonowanie psychospołeczne dziecka z cukrzycą. *Nowa Szkoła* 2003; 4: 38–40. Wydawnictwo Naukowe UAM; 2006.
10. Gruba J. Twórcze postawy rodziców i wychowawców wobec dzieci przewlekle chorych. W: Kępski Cz, red. Opieka i wychowanie w rodzinie. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2003, s. 164–174.
11. Gawłowicz K, Krzyżaniak A. Wpływ cukrzycy typu 1 u dziecka na funkcjonowanie rodziny. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2009; 90, 1: 72–77.
12. Braun-Gałkowska M. Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa. Lublin: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL; 1992.
13. Harwas-Napierała B. Komunikacja interpersonalna w rodzinie. Poznań: Wydawnictwo Naukowe WAM; 2008.
14. de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1997.

15. Radochoński M. Rodzina a choroba. Adaptacja systemu rodzinnego do sytuacji; 1987.
16. Buczyński FL. Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL; 1999.
17. Maciarz A. Dziecko przewlekłe chore. Opieka i wsparcie. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2006.
18. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
19. Tomaszewski T. Człowiek w sytuacji. W: Tomaszewski T, red. Psychologia. Warszawa: PWN; 1975, s. 17–36.
20. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
21. Lazarus R, Folkmann S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
22. Heszen-Niejodek I. W: Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne; 2007, s. 455–493.
23. Zaglicka-Poręba M, Jarosz-Chobot P. Problemy psychologiczne w cukrzycy typu 1 u dzieci i młodzieży. W: Otto-Buczkowska E, red. Cukrzyca typu 1. Wrocław: Cornetis; 2006, s. 458–463.
24. Cyranka K, Król J. Cukrzyca insulinozależna typu 1 u dziecka jako stresor wpływający na funkcjonowanie systemu rodzinnego. W: Dzierżanowska-Peszko J, red. Człowiek chory w rodzinie. Analiza problemów i form pomocy. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO; 2010, s. 153–180.
25. Kovacs M., Pollock M H. Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: a prospective study of youths with new-onset IDDM. Am. J. Psychiatry 1995; 152, 4: 523–528.
26. Pilecka B. Kryzys psychologiczny. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1995.
27. Stefańska-Klar R. Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny. W: Harwas-Napierała B, Trempała J. Psychologia rozwoju człowieka, t. 2. Warszawa: PWN; 2004, s. 130–162.
28. Mućko P, Andrzej Kokoszka A, Zuzanna Skłodowska Z. Porównanie stylów radzenia sobie z chorobą, występowania objawów depresyjnych i lękowych oraz lokalizacji poczucia kontroli u chorych na cukrzycę typu 1 i 2. Diabetol. Prakt. 2005; 6, 5: 240–249.
29. Hampson SE, Glasgow RE, Foster LE. Personal models of diabetes among older adults: relationship to self-management and other variables. Diabet. Educ. 1995; 21: 300–307.
30. Pietrzykowska E, Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. Pol. Merk. Lek. 2007; 23(136): 311–314.
31. Obuchowska I. Adolescencja. W: Harwas-Napierała B, Trempała J, red. Psychologia rozwoju człowieka. Warszawa: PWN; 2004, s. 163–197.
32. Kygnas H, Marlow J. Diabetes and adolescent's perspective. J. Adv. Nurs. 1995; 22: 941.
33. Otto-Buczkowska E, Jarosz-Chobot P. Zaburzenia przyjmowania pokarmów u dziewcząt chorych na cukrzycę. W: Otto-Buczkowska E, red. Cukrzyca wieku rozwojowego. Wrocław: Urban & Partner; 1999, s. 197–198.
34. Polloc-BarZiv S, Davis C. Personality factors and disordered eating in young women with type 1 diabetes mellitus. Psychosom. 2005; 46: 11–18.
35. Zegarlicka-Poręba M, Jarosz-Chobot P, Kokoszka A, Małecka-Tendera E. Program opieki psychologicznej nad dziećmi i młodzieżą chorującymi na cukrzycę i ich rodzinami w stymulowaniu aktywności w procesie leczenia oraz radzeniu sobie z emocjonalnymi skutkami objawów choroby przewlekłej. Diabetol. Pol. 2004; 11: 78.